	Anmeldung zur Heimaufnahme	2.4.4
	Wohnbereich Rosengarten	

Cappeler Str. 140 – 35039 Marburg, Tel. 06421-9630-0

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis!


1. **Familienname**  
(bei Frauen auch Geburtsname)  
\_\_\_\_\_
2. **Vorname(n)**  
\_\_\_\_\_
3. **bisherige Anschrift**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **geboren am** \_\_\_\_\_  
**in** \_\_\_\_\_
5. **Familienstand**     verheiratet     geschieden    seit: \_\_\_\_\_  
                                  verwitwet             ledig
6. **Konfession**  
\_\_\_\_\_
7. **Vollstationäre Pflege ab** \_\_\_\_\_
8. Bei welcher **Krankenkasse** sind sie versichert?  
\_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Liegt eine Befreiung von Zuzahlungen vor?    Ja             Nein   
(Bitte Ausweiskopie beilegen)

9. **Hausarzt:**  
\_\_\_\_\_
10. **wurde bereits ein Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt?**  
Ja     Nein
11. **Ist bereits eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt?**  
Ja             Nein             Eileinstufung durch Sozialdienst

			Seite 1 von 4
Erstellt:	QZ Hess	am: 1.11.17	Version: 2
Freigabe:	GF Gül	am: 1.11.17	Gültig ab: 01.02.2022

	Anmeldung zur Heimaufnahme	2.4.4
	Wohnbereich Rosengarten	

Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor? 1  2  3  4  5

**12. Besteht eine amtsgerichtliche Betreuung/ eine Vorsorgevollmacht?**

Ja  Nein  beantragt

Wenn ja, Name und Anschrift der betreuenden Person:

---



---

**13. Nächste Angehörige / Bezugspersonen**

a) Name, Vorname

---

Straße, Hausnr.

---

PLZ, Wohnort

---

Telefon

---

Verwandtschaftsgrad

b) Name, Vorname

---

Straße, Hausnr.

---

PLZ, Wohnort

---

Telefon

---

Verwandtschaftsgrad

c) Name, Vorname

---

Straße, Hausnr.

---

PLZ, Wohnort

---

Telefon


---

Verwandtschaftsgrad

**14. E-Mail-Adresse**

---

			Seite 2 von 4
Erstellt:	QZ Hess	am: 1.11.17	Version: 2
Freigabe:	GF Gül	am: 1.11.17	Gültig ab: 01.02.2022

	Anmeldung zur Heimaufnahme	2.4.4
	Wohnbereich Rosengarten	

**15. Wer trägt den Eigenanteil der Heimkosten?**

- Selbstzahler, aus eigenem Einkommen  
 Sozialamt/LWV:

\_\_\_\_\_

**16. Rechnungsempfänger**

\_\_\_\_\_

**17. Die Heimkosten werden per Lastschrift eingezogen. Bitte teilen Sie uns Ihre Kontoverbindung mit:**

Kontoinhaber

\_\_\_\_\_

Institut

\_\_\_\_\_

IBAN

DE

BIC

\_\_\_\_\_

**18. Wird ein Telefon gewünscht?** Ja  Nein

**19. Ummeldung**

Bitte vergessen Sie nicht eine Ummeldung beim Stadtbüro Marburg vorzunehmen

**20. Besteht Impfschutz gegen Covid 19?**

Ja  Nein

Wann sind die Impfungen erfolgt?

\_\_\_\_\_

**21. Liegt ein Beschluss zur geschlossenen Unterbringung (n § 1906 BGB) vor?**

Ja  Nein

Wurde beantragt am: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


Wir weisen darauf hin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gespeichert und zu internen Zwecken im Interesse der Bewohner verwendet werden. Eine Weitergabe ist damit nicht verbunden!

Marburg, den \_\_\_\_\_ 20\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Aufzunehmender bzw. gesetzlicher Vertreter

			Seite 3 von 4
Erstellt:	QZ Hess	am: 1.11.17	Version: 2
Freigabe:	GF Gül	am: 1.11.17	Gültig ab: 01.02.2022

	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme</b>	<b>2.4.4</b>
	<b>Wohnbereich Rosengarten</b>	

			Seite 4 von 4
Erstellt:	QZ Hess	am: 1.11.17	Version: 2
Freigabe:	GF Gül	am: 1.11.17	Gültig ab: 01.02.2022